



Cour III
C-6017/2011

Arrêt du 11 février 2013

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Michael Peterli, Franziska Schneider, juges,
Audrey Bieler, greffière.

Parties

A. _____,
représentée par Maître Hubert Theurillat,
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**
avenue Edmond-Vaucher 18, case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, décision du 27 septembre 2011.

Faits :**A.**

A._____, ressortissante franco-suisse, née le [...] 1952, ménagère de formation, a notamment travaillé en tant qu'ouvrière frontalière dans une usine de filature de janvier 1993 à fin février 2008, cotisant ainsi à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI; pces 2 et 6). En raison de la mise en place d'une prothèse totale du genou gauche, l'assurée subit une incapacité de travail totale du 25 février 2008 au 14 septembre 2008. Après une reprise de son activité habituelle à mi-temps le 15 septembre 2008 dans le cadre de mesures d'intervention précoce, soldées par un échec, celle-ci cesse toute activité professionnelle dès le 2 mars 2009 (pces 13 et 16 ss). Le 31 décembre 2010, son employeur met fin à son contrat de travail pour raisons économiques (pce 71).

B.

Le 19 décembre 2008, A._____ dépose une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance invalidité du canton du Jura (ci-après: OCAI-JU), arguant être en incapacité de travail totale en raison de douleurs importantes dans les membres inférieurs des suites d'une gonarthrose bilatérale ayant débuté en 1998 et ayant nécessité la mise en place d'une prothèse totale du genou gauche en février 2008 (pce 2; cf. également le dossier de l'assureur perte de gain [APG]); sont notamment versés en cause les documents suivants:

- un compte rendu opératoire, faisant état d'une arthroscopie du genou gauche subie par l'assurée le 15 juin 1998 en raison de gonalgies internes avec syndrome fonctionnel, ayant mis notamment en évidence une gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante (APG pce 1);
- des résultats radiologiques du 26 août 2004, faisant état de volumineuses épines sous-calcaneennes bilatérales (APG pce 4);
- des résultats radiologiques du 11 septembre 2007, indiquant, dans le cadre de gonalgies prédominantes à gauche et d'antécédents de ménissectomie du genou gauche, une arthrose fémoro-tibiale interne bilatérale évoluée (APG pce 5);
- un rapport médical du 19 mars 2008 établi par le Dr B._____, chirurgien orthopédique, mentionnant avoir mis en place une prothèse totale du genou (PTG) à gauche chez l'assurée, qui présente des

lésions très importantes de tous les compartiments du genou, prédominant du côté interne; le médecin indique une flexion de 105° (APG pce 7);

- des résultats de scintigraphie osseuse du 24 juillet 2008, indiquant chez l'assurée, qui se plaint de douleurs persistantes au niveau du genou gauche à la suite de sa PTG, une hyperhémie anormale en fer à cheval en périphérie des pièces prothétiques, toutefois sans indication franche d'une algodystrophie active (APG pce 3);
- des résultats radiologiques du 25 novembre 2008 relevant au niveau du pied droit de l'assurée une arthropathie talo-naviculaire avec pincement de l'interligne articulaire, une ostéophytose marginale, une sclérose osseuse, ainsi que des géodes sous chondrales et un Hallux valgus (APG pce 6);
- un rapport médical du 2 février 2009 du Dr B._____, dont il ressort que l'assurée souffrant de gonarthrose bilatérale sévère, a été admise le 25 février 2008 pour la pose d'une PTG gauche, entraînant des limitations fonctionnelles importantes et une diminution de rendement de 50%; le médecin, ayant examiné l'assurée la dernière fois en août 2008, fait état d'une bonne récupération de la mobilité malgré la persistance de phénomènes douloureux et déclare ne pas pouvoir se prononcer sur la capacité de travail de l'intéressée (pces 8 et 9);
- un rapport médical du même jour du Dr C._____, médecin traitant, diagnostiquant chez l'assurée, opérée du genou gauche en 2008 (PTG), une polyarthrose (dorso-lombaire, des épaules, des mains et des pieds), traitée par antalgiques de type II-III, ainsi que des gonalgies droites; le médecin traitant estime que l'assurée présente une invalidité de plus de 60% (pce 11);
- un questionnaire à l'employeur rempli le 17 février 2009, indiquant que l'assurée a travaillé du 4 janvier 1993 au 22 février 2008 comme ouvrière à l'emballage à temps plein (40 heures par semaine) pour un salaire horaire de Fr. 19.33 en 2009, puis après une période d'incapacité de travail en raison de maladie, a repris son activité à mi-temps depuis le 15 septembre 2008 (pce 13);
- un plan de réadaptation signé le 19 février 2009 par l'assurée, tendant au maintien de son poste d'ouvrière repris à 50% chez son employeur

après aménagement du poste et des horaires de travail jusqu'au plus tard au 15 juillet 2009 (pce 15);

- plusieurs documents internes à l'administration, dont il ressort que l'assurée est retombée en incapacité de travail totale depuis le 2 mars 2009 en raison de douleurs importantes à la cuisse gauche et au genou droit entraînant des difficultés à la marche (pces 16 ss).

C.

Dans une prise de position du 2 avril 2009, le Dr D._____, médecin SMR, diagnostiquant chez l'assurée une gonalgie sur gonarthrose droite, une pose de prothèse totale du genou gauche et des douleurs du pied d'origine indéterminée, la déclare en incapacité totale de travail durable depuis le 30 mars 2008 dans son activité habituelle. Il estime qu'il existe probablement une capacité résiduelle de travail dans des activités ne nécessitant pas la position debout, accroupie, à genoux, ni de monter et descendre les escaliers, de se déplacer sur des terrains irréguliers. Dès lors, il estime que des renseignements supplémentaires doivent être requis auprès des médecins traitants et qu'une expertise rhumatologique est nécessaire pour déterminer la capacité résiduelle de travail de l'assurée (pce 23; cf. également l'avis SMR du Dr E._____ du 6 juillet 2009 [pce 42]).

D.

En outre, dans le cadre de la demande de prestations AI de l'assurée, sont encore versés les documents suivants:

- un rapport médical du 23 mars 2009 du Dr B._____, faisant part d'une évolution satisfaisante du genou gauche (extension complète et flexion de 120°), mais soulignant des douleurs au niveau du pied droit en raison de lésions importantes du médiotarse (antécédents de fracture dans sa jeunesse), qui nécessiterait une triple arthrodèse. Le médecin invoque une maladie inflammatoire et conseille pour l'instant de ne pas intervenir chirurgicalement, en raison de l'importance de l'opération (pce 26);
- des résultats de radiologie du 15 avril 2009, indiquant au niveau du pied droit de l'assurée un pied plat avec affaissement de la voûte plantaire, un Hallux valgus, un éperon volumineux de traction sous-calcanéen, une subluxation de l'os naviculaire, ainsi qu'une réaction dégénérative talo-naviculaire avec ostéophytose marginale et sclérose sous-chondrale (pce 29);

- un rapport médical du 16 avril 2009 du Dr F._____, rhumatologue, reprenant l'historique médical de l'assurée, qui mentionne des douleurs mécaniques importantes du pied droit entraînant une forte boiterie (palpation douloureuse à l'interligne de Chopard et à la mobilisation des articulations sous astragaliennes). Il ressort également que l'assurée se plaint de douleurs aux deux pouces. A l'examen clinique, le médecin relève une rhizarthrose débutante et une gonarthrose droite proche de la décompensation. Il propose la continuation du traitement médicamenteux et la consultation du Dr Dovico pour un traitement antalgique renforcé de niveau III (pce 27);
- un rapport manuscrit du 24 avril 2009 du Dr C._____, qui indique que l'assurée souffre toujours des deux genoux et de douleurs dorsolombaires avec de douleurs majeures du pied droit, rendant la station debout très pénible et la marche difficile (utilisation de béquilles). Dès lors, il conseille la mise en invalidité totale de l'assurée, la reprise du travail étant impossible (pce 30);
- des résultats radiologiques de juin et juillet 2009, relevant, dans le contexte d'une bronchite persistante, un foyer de condensation alvéolaire lobaire inférieur gauche prédominant au niveau du segment postéro-basal compatible avec un foyer de pneumopathie, ainsi qu'une vésicule lithiasique et un épaissement bronchique sous hilaires (pces 37 s. et 45).

E.

Dans une expertise SMR du 17 août 2009, la Dresse G._____, médecin physique et rééducation FMH, reprenant l'historique personnel et médical de l'assurée, après avoir pris en compte ses plaintes et avoir effectué plusieurs anamnèses, ainsi qu'un examen clinique ostéoarticulaire et neurologique, diagnostique chez l'assurée comme ayant un influence sur sa capacité de travail une gonarthrose bilatérale (M 17.0) sur PTG gauche effectuée en février 2008, des douleurs chroniques de la cheville droite sur arthrose déformante talo-naviculaire avec subluxation de l'os naviculaires, Hallux valgus et pieds plats (M 19.07), ainsi qu'une obésité morbide de stade III et une fibromyalgie secondaire. Le médecin mentionne encore comme sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée une hypertension artérielle traitée, un trouble dépressif réactionnel, un important déconditionnement musculaire et une spondylarthrose étagée.

Par conséquent, au vu de l'important handicap fonctionnel de l'assurée au niveau des deux membres inférieurs, majoré par une obésité de classe III et une fibromyalgie secondaire, la Dresse G._____ déclare que l'assurée, bien que totalement incapable de travailler dans son activité habituelle, peut effectuer à mi-temps des activités de substitution purement sédentaires dès le mois de septembre 2008 ne nécessitant pas de position debout statique ni en genuflexion ou accroupie, de marcher plus de 100 mètres ou de marcher sur un terrain instable, de monter ou descendre des escaliers et de porter des charges; le médecin souligne la nécessité pour l'assurée de pouvoir varier les position toutes les 30 à 45 minutes en effectuant quelques pas et de pouvoir mettre les jambes à l'horizontale. Le médecin relève que, sur le plan strictement médical, la situation peut être considérée comme non stabilisée eu égard à une éventuelle intervention du genou droit et de la cheville droite. Toutefois, celui-ci estime que, même après un traitement chirurgical supplémentaire, il est peu vraisemblable que l'assurée puisse récupérer une capacité de travail supérieure à 50% même dans une activité adaptée (pce 50).

F.

Dans un avis SMR du 8 septembre 2009, le Dr E._____, reprenant les conclusions de l'expertise rhumatologique, retient principalement chez l'assurée les diagnostics de gonarthrose bilatérale et d'arthrose secondaire de la cheville. Le médecin, mentionnant également une obésité importante et une insuffisance veineuse, estime que l'assurée peut exercer dès septembre 2008 une activité adaptée aux limitations fonctionnelles mentionnées par l'expert. Le médecin souligne toutefois, qu'en raison de ses douleurs diffuses, la capacité résiduelle de travail de l'assurée est diminuée de 50% et précise que la situation devra être réévaluée lorsque l'intervention sur le genou droit sera d'actualité (pce 52).

G.

Dans un rapport de réadaptation professionnelle du 12 octobre 2009, l'OCAI-JU, considérant que l'assurée, en raison de ses limitations fonctionnelles, est dans l'impossibilité d'exercer son activité habituelle, retient que celle-ci devrait pouvoir bénéficier de mesures professionnelles afin de retrouver un poste sédentaire adapté à 50% selon les conclusions de l'expertise SMR de la Dresse G._____. L'assurée estime toutefois qu'il ne lui est plus possible de travailler en raison de ses douleurs et limitations fonctionnelles, soulignant également le fait quelle ne peut plus conduire un véhicule en raison de son traitement morphinique. Dès lors,

l'intéressée déclare ne pas être en mesure de suivre des mesures d'orientation professionnelle. L'Office AI souligne que la nécessité de changer de position toutes les 30 à 45 minutes et d'effectuer quelques pas ou d'allonger les jambes semblent entraîner une diminution de rendement et rendent difficile la recherche d'un emploi adapté (pce 57).

H.

En outre, les documents suivants sont versés en cause:

- un rapport médical du 23 septembre 2009 du Dr H._____, chef de service d'une unité pluri-disciplinaire de prise en charge de la douleur chronique, dont il ressort que l'assurée – présentant des douleurs importantes au niveau du pied et de la cheville droite en raison d'une polyarthrose – souffre de raideur de la cheville avec limitation importante en rotation et de douleurs de la face dorsale du pied sans trouble de la sensibilité; en outre, le médecin fait état de Hallux valgus bilatéral, de pied plat de stade II à droite et de stade III à gauche, d'arthropathie talo-naviculaire avec pincement de l'interligne articulaire, d'ostéophytose marginale et de géodes sous chondrales, de sclérose osseuse et d'enthésophytes sous calcanéens bilatéraux. Ainsi, il préconise le port de semelles orthopédiques et la combinaison d'un traitement antalgique et analgésique à prendre systématiquement, un traitement de palier III étant éventuellement à envisager (pce 64);
- deux ordonnances des 29 septembre et 6 octobre 2009, par lesquelles le Dr H._____ prescrit à l'assurée la prise journalière d'analgésiques, pour les douleurs intenses ayant des effets analogues à la morphine (pces 59 à 63).

I.

Dans un avis SMR du 27 octobre 2009, le Dr E._____ précise qu'une diminution du rendement de l'assurée dans une activité de substitution exercée à 50% ne doit pas être prise en compte, malgré le fait que l'assurée doit varier les positions toutes les 30 à 45 minutes en effectuant quelques pas, ceci équivalant tout au plus à une diminution de rendement de 10 à 20 minutes par jour (pce 65).

J.

Par projet de décision du 17 novembre 2009, l'OCAI-JU octroie un quart de rente d'invalidité à A._____ dès le 1^{er} février 2009, au motif que celle-ci bien qu'incapable d'exercer durablement son activité habituelle

dès le 1^{er} janvier 2009, reste apte à travailler dans des activités adaptées à 50% dès le mois de septembre 2008. L'Office AI procède à l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée selon la méthode générale, à savoir en comparant le dernier salaire de l'assurée avec le salaire statistique suisse selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour les femmes dans l'ensemble des secteurs, niveau de qualification 4. Dès lors, après abattement sur le salaire invalide de 22%, l'OCAI-JU retient un degré d'invalidité de 41.16%, ouvrant le droit à un quart de rente dès le 1^{er} février 2009 (pces 66 et 67, cf. également pce 57).

K.

Par opposition des 11 et 19 décembre 2009, l'assurée conteste présenter une capacité de travail résiduelle, eu égard à ses douleurs continues et à ses limitations fonctionnelles dues à ses diverses affections arthrosiques et orthopédiques au niveau du genou droit, du pied droit, du rachis lombaire et des deux poices. L'intéressée argue qu'au vu de ses limitations fonctionnelles strictes (station debout et assise prolongée compromise) et de son traitement morphinique, elle ne saurait trouver un travail dans le contexte de la crise actuelle (pces 72 et 75). Elle joint notamment les pièces suivantes:

- une lettre de l'employeur de l'assurée du 30 novembre 2009, mettant fin aux rapports de travail avec celle-ci pour le 28 février 2010 pour des raisons économiques (pce 71);
- un rapport médical du 7 décembre 2009 du Dr B._____, indiquant que l'assurée présente notamment des douleurs au niveau du genou droit (usure complète), qui nécessitera dans l'avenir la mise en place d'une prothèse, ainsi qu'une dégénérescence arthrosique du médiotarse droit douloureuse avec déformation du pied qui pourrait nécessiter dans l'avenir une réalisation d'une triple arthrodèse; en outre, le médecin indique que l'assurée – en obésité morbide - présente des douleurs du rachis lombaire bas l'empêchant de rester en station assise et debout prolongée, ainsi que des douleurs des deux colonnes du pouce empêchant tout travail manuel important et en continu. Dès lors, le médecin, excluant a priori la reprise d'une activité professionnelle à temps plein, déclare que la capacité de travail sera probablement inférieure à 50%, bien qu'il soit difficile d'estimer la capacité de travail à long terme de l'assurée eu égard aux interventions chirurgicales nécessaires (pce 68);

- des résultats radiologiques du 16 décembre 2009, indiquant au niveau de la cheville droite de l'assurée un aspect dégénératif de l'interligne talo-naviculaire avec subluxation supérieure de l'os naviculaire, une réaction inflammatoire de part et d'autre des interlignes talo-naviculaires et talo-calcaneïennes, ainsi qu'une ténosynovite du jambier postérieur, une tendinopathie d'Achille et un petit foyer de nécrose sous chondrale sans rupture du bord médial du talus (pce 74).

L.

Dans un avis SMR du 3 février 2010, le Dr E._____, estime que l'assurée n'a pas amené d'éléments indiquant de nouvelles limitations fonctionnelles ou une péjoration de sa capacité de travail résiduelle dans des activités adaptées et dès lors confirme ses précédentes prises de position. En effet, le médecin relève d'une part que l'atteinte arthrosique de la cheville et la rhizarthrose – déjà connues – ont été prises en compte par l'expert rhumatologique lors de l'évaluation des limitations fonctionnelles de l'assurée, que d'autre part le Dr B._____, consulté par téléphone admet ne pas avoir suivi l'assurée concernant ses problèmes lombaires et d'arthrose débutante des pouces. Selon le médecin SMR, les limitations fonctionnelles de l'assurée ont été correctement évaluées par l'expert rhumatologique et sont liées principalement à l'atteinte des membres inférieurs, à l'exception de la nécessité de varier les positions dues aux lésions rachidiennes de l'assurée (pce 77).

M.

En raison d'une erreur concernant le départ effectif du droit à la rente, l'OCAI-JU remplace son précédent projet de décision par un projet du 14 avril 2010 octroyant un quart de rente à l'assurée cette fois-ci dès le 1^{er} juin 2009, à savoir six mois après le dépôt de la demande, reprenant pour le surplus le précédent projet dans son entier (pces 79 à 83).

N.

Par opposition du 4 juin 2010, la recourante, par l'intermédiaire de son représentant, conteste le nouveau projet de décision et invoque subir une incapacité de travail entière sur la base des certificats médicaux de ses médecins traitants, subsidiairement ne plus pouvoir mettre à profit une éventuelle capacité résiduelle de travail sur un marché équilibré, eu égard à ses nombreuses et strictes limitations fonctionnelles. Dès lors, au vu des contradictions entre l'expertise rhumatologique du 17 août 2009 et l'appréciation de ses médecins traitants, ainsi qu'en raison du diagnostic

de fibromyalgie - dont on ignore si celle-ci est invalidante - l'assurée requiert la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire avec le concours d'un orthopédiste, d'un rhumatologue, d'un neurologue et d'un psychiatre (pce 89). Elle joint notamment un certificat médical du 24 février 2010 du Dr I._____ qui - au vu de l'algie importante de la cheville droite et de la gonarthrose du genou droit présentée par l'assurée - conseille un traitement chirurgical de la cheville et une éventuelle arthrodeèse totale du genou droit (pce 88).

O.

Dans un nouvel avis SMR du 3 septembre 2010, le Dr E._____ confirme ses précédentes prises de position, estimant l'expertise rhumatologique convaincante et suffisante pour juger de la capacité de travail de l'assurée. Le médecin déclare qu'une expertise orthopédique aurait été redondante et une expertise neurologique inutile eu égard aux affections de l'assurée; un examen neurologique périphérique ayant été par ailleurs pratiqué par l'expert rhumatologique (pce 93). Finalement, une expertise psychiatrique est requise par le SMR, afin de clarifier si la fibromyalgie est accompagnée d'une comorbidité psychiatrique (pces 95 et 98).

P.

Par courrier du 25 janvier 2011 (pce 103), la recourante, par l'intermédiaire de son représentant, requiert à nouveau la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire. De plus, celle-ci produit un nouveau certificat de son médecin traitant le Dr C._____, daté du 25 novembre 2010, qui constate une aggravation de l'état de santé somatique de l'assurée depuis un mois - nécessitant la mise en route d'un traitement de morphine – ainsi qu'une accentuation des troubles psychiques de l'intéressée, notamment en raison du suicide d'un de ses enfants en été 2010 (pce 199 ss).

Q.

Dans une expertise psychiatrique du 5 mai 2011, le Dr J._____, reprenant l'historique médical de l'assurée, procède à son examen clinique, relevant que l'intéressée se trouve dans un processus de deuil suite au suicide de son fils un an auparavant. Le médecin relève que l'assurée - par ailleurs sans suivi psychologique - est cohérente, collaborante, bien orientée aux trois modes, ne présente pas d'isolement social ni aucuns troubles psychiques ou psychotiques particuliers. Considérant la prise récente de X._____ et les angoisses diffuses de l'intéressée, l'expert procède à plusieurs tests afin de déterminer le degré

de la dépression et de l'anxiété de celle-ci et retient au final uniquement un trouble anxieux et dépressif mixte léger secondaire aux problèmes somatiques rencontrés par celle-ci. Le psychiatre considère dès lors qu'il n'y a pas d'atteinte à la santé entraînant un handicap (pce 109).

R.

Dans un nouvel avis SMR du 7 juillet 2011, le Dr E._____, reprenant les conclusions de l'expert psychiatre, à savoir que l'assurée souffre d'une légère anxiété et dépression mixte non invalidante, confirme ses précédentes conclusions (pce 111).

S.

Par décision du 27 septembre 2011, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: l'OAIE) octroie à l'assurée un quart de rente dès le 1^{er} juin 2009, au motif que celle-ci n'a pas apporté de fait médical nouveau susceptible de remettre en cause les conclusions de son service médical. Par ailleurs, l'autorité inférieure souligne que l'assurée ne présente pas d'atteinte psychiatrique invalidante selon l'expertise effectuée par le Dr J._____. (pce 113 s.).

T.

Le 2 novembre 2011, A._____, par l'intermédiaire de son représentant, interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après: le TAF ou le Tribunal) et conclut à l'annulation de la décision entreprise et, à titre principal, au renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède à une expertise pluridisciplinaire (neurologique et orthopédique), puis, à titre subsidiaire, à l'octroi d'une rente d'invalidité supérieure à un quart de rente dès le 1^{er} juin 2009. La recourante argue présenter une capacité de travail résiduelle inférieure à 50%, au vu des troubles arthrosiques importants aux dépens de ses membres inférieurs, de son obésité et d'une fibromyalgie secondaire. De plus, signalant que son état de santé n'est pas stabilisé, A._____ critique la valeur probante de l'expertise rhumatologique, lui opposant les certificats de ses médecins traitants, la reconnaissant unanimement en incapacité totale de travail. Par ailleurs, l'intéressée estime qu'il lui est impossible de mettre à profit une éventuelle capacité résiduelle de travail au vu de ses limitations fonctionnelles très importantes et avance que n'ayant aucune formation de base, autre que celle de ménagère, il ne lui est pas possible d'effectuer les activités mentionnées par l'Office AI.

Pour finir, la recourante estime qu'au vu de son salaire extrêmement bas chez son dernier employeur, l'autorité inférieure aurait dû effectuer une

mise en parallèle de ses revenus lors du calcul de son invalidité. En outre, l'assurée produit notamment un rapport médical du 27 octobre 2011 du Dr K._____, dont il ressort que celle-ci - se plaignant de dépression, de douleurs aux genoux sur une arthrose évoluée, de douleurs aux pouces/poignets, aux chevilles et aux deux pieds, ainsi que de douleurs rachidiennes dorsales et lombaires sur arthrose évoluée et sur anté-listhésis modéré en L4 - ne peut plus que difficilement être en position debout et souffre de somnolence, effet secondaire de son traitement de morphine contre la douleur; le médecin souligne en outre que l'intéressée devra subir une arthroplastie totale du genou droit.

U.

Par réponse du 5 janvier 2012, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 3), se référant pour le surplus à la prise de position de l'OCAI-JU du 21 décembre 2011, dont il ressort que, bien conduites et respectant les conditions jurisprudentielles, les deux expertises effectuées ne sauraient être remises en cause par les rapports médicaux des médecins traitants. Par ailleurs, considérant que la recourante s'est contentée durant des années d'un bas salaire, une mise en parallèle des revenus n'était pas adéquate.

V.

Par décision incidente du 11 janvier 2012, le Tribunal de céans invite la recourante à déposer une réplique et à payer une avance de frais de procédure de Fr. 400.-- jusqu'au 10 février 2012, montant dont celle-ci s'est acquittée dans le délai imparti (TAF pces 4 à 7).

W.

Par réplique du 29 février 2012, la recourante confirme les conclusions prises dans son mémoire de recours et réitérant ses précédents arguments, conclut que selon ses médecins traitants, elle est en incapacité totale de travail eu égard à ses nombreuses affections. Précisant que son état de santé ne peut pas encore être considéré comme stabilisé, elle requiert que la cause soit renvoyée à l'autorité inférieure pour qu'elle procède à une expertise pluridisciplinaire (TAF pce 9). Par ailleurs, l'intéressée joint un rapport médical du 7 février 2012 du Dr K._____, médecin traitant, qui, reprenant les diagnostics établis dans le cadre de son dernier certificat médical, déclare l'assurée en incapacité totale de travail à ce stade, eu égard aux douleurs multiples invalidantes de celle-ci rendant la station debout et la station assise extrêmement pénible au-delà d'une dizaine de minutes et dont le

traitement antalgique majeur par morphiniques contre-indique la conduite automobile et tout travail nécessitant attention et précision.

X.

Par duplique du 19 avril 2012, l'OAIE réitère ses précédentes conclusions, renvoyant pour le surplus à la prise de position du 5 avril 2012 de l'OCAI-JU, qui, se référant à l'expertise SMR réalisée, maintient que l'assurée est apte à travailler dans des activités adaptées à 50% et considère que l'appréciation du médecin traitant, ayant déjà été prise en compte dans le cadre de cette expertise, ne saurait remettre en cause la décision entreprise. Concernant, une éventuelle mise en parallèle des revenus de l'assurée, l'Office AI maintient qu'il n'y a pas lieu de l'effectuer, l'assuré s'étant contentée depuis de nombreuses années d'une telle rémunération (TAF pce 11).

Y.

Par courrier du 11 juin 2012, la recourante confirme ses précédentes conclusions et réitère ses allégués (TAF pce 15).

Droit :

1.

1.1 En application de l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel un frontalier a travaillé est compétent pour examiner les demandes présentées par des frontaliers, tandis que les décisions sont notifiées par l'OAIE.

Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007, le Tribunal, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

1.2 Conformément à l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Conformément à l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-

invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (TAF pce 1) et l'avance de frais versée dans les délais, il est entré en matière sur le fond du recours (TAF pces 4 à 7).

2.

Le TAF applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, p. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/ MICHAEL BEUSCH/ LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55; ALFRED KÖLZ/ ISABELLE HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd. Zurich 1998 n. 677).

3.

La recourante, de nationalité franco-suisse, est domiciliée d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen (art. 80a LAI; concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009 [RS 0.831.109. 268.1 et RS 0.831.109.268.11], on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la

relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1^{er} avril 2012).

Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845), les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 40 du règlement [CEE] n° 574/72 en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 [RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009 4831]).

4.

4.1 L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1; 130 V 445 consid. 1.2 et les références). Les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 sont applicables vu le dépôt de la demande de prestations en date du 19 décembre 2008 (pce 2). Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6^e révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

4.1 Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. Concrètement, le Tribunal peut ainsi se limiter à examiner si la recourante remplissait les conditions d'octroi d'une rente depuis le 19 juin 2009 (six mois après le dépôt de la demande) jusqu'au 27 septembre 2011, date de la décision attaquée marquant la limite dans

le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2.1 avec les réf).

4.2 Selon les dispositions topiques, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Or, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total (cf. *supra* let. A) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations.

5.

5.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

5.2 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; méthode générale).

6.

6.1 L'art. 69 RAI prévoit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

Le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.).

6.2 Le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et les références citées).

7.

7.1 En l'espèce, il est établi que l'assurée, souffrant de gonalgies depuis 1998, a subi en février 2008 une opération du genou gauche (pose d'une

prothèse totale; cf. dossier APG et les pces 8, 9, 11). Depuis lors, se sont développées, particulièrement à droite, des douleurs polyarthrosiques importantes au niveau des deux membres inférieurs (genoux et chevilles), entraînant une forte boiterie (utilisation de béquilles; pces 26, 27, 29 et 30). En effet, tant les médecins traitants, que les experts et médecin SMR s'accordent pour diagnostiquer à l'assurée une gonarthrose bilatérale, une arthropathie de la cheville droite (arthrose déformante talo-naviculaire avec subluxation de l'os naviculaire, pincement de l'interligne articulaire, ostéophytose marginale, sclérose sous-chondrale et enthésophytes sous calcanéens bilatéraux), des Hallux valgus et des pieds plats. L'assurée souffre en outre d'obésité morbide (classe III), d'insuffisance veineuse, de troubles du rachis lombaire (cyphose dorsale accentuée par une spondylarthrose étagée) et de fibromyalgie secondaire. Il est également fait état comme diagnostics non invalidants de rhizarthrose bilatérale débutante et de trouble anxieux et dépressif mixte léger réactionnel à son état de santé (pces 50, 59 à 64, 68, 74, 88, 109; TAF pces 1 et 9). D'un point de vue psychique, la dépression réactionnelle non invalidante mentionnée par l'expert rhumatologique en 2009, est confirmée comme telle par l'expertise psychiatrique commandée auprès du Dr J._____, qui a clairement établi que l'assurée souffre d'un trouble anxio-dépressif léger non invalidant traité par la prise ponctuelle de X._____ (pce 109). Aucuns documents au dossier ne venant contredire cette appréciation – par ailleurs non contestée par la recourante – il n'y a pas de raisons de remettre en cause les conclusions de l'expertise psychiatrique ayant pleine valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. *supra* consid. 6.1), qui a été effectuée afin de déterminer l'absence ou la présence d'une comorbidité psychiatrique à la fibromyalgie secondaire diagnostiquée chez l'assurée.

7.2 Dès lors, concernant la capacité de travail de l'assurée, tous les médecins consultés déclarent celle-ci totalement incapable d'exercer son activité habituelle d'ouvrière non qualifiée dans l'emballage et toutes activités nécessitant d'être en position debout statique, en position de genuflexion ou en position accroupie, de marcher plus de 100 mètres ou de marcher sur un terrain instable, de monter ou descendre des escaliers et de porter des charges (pces 11, 30 et 68; cf. expertise rhumatologique de la Dresse G._____ [pce 50]). L'experte souligne également la nécessité pour l'assurée, même dans une activité de substitution sédentaire, de pouvoir varier les positions toutes les 30 à 45 minutes en effectuant quelques pas et de pouvoir mettre les jambes à l'horizontale.

7.3 Par contre, le Tribunal remarque que la question de la capacité résiduelle de travail de A._____ reste litigieuse dans le cas d'espèce.

En effet, l'autorité inférieure (TAF pces 3 et 11), sur la base de plusieurs avis SMR des Drs D._____ et E._____ (pces 23, 42, 52, 65, 77, 95, 98 et 111) et de l'expertise rhumatologique établie par la Dresse G._____ (pce 50), retient que l'assurée est apte à travailler à 50% depuis le mois de septembre 2008, sans diminution de rendement, dans une activité sédentaire respectant ses limitations fonctionnelles, par exemple dans l'industrie ou le secrétariat.

Quant à la recourante, elle argue ne plus pouvoir travailler dans une activité adaptée en raison de ses douleurs et de ses limitations fonctionnelles, ainsi qu'en raison des somnolences provoquées par son traitement morphinique, l'empêchant de conduire un véhicule ou d'effectuer des activités nécessitant précision et attention (pces 72, 75, 88, 89 et 103; les rapports du Dr K._____ des 27 octobre 2011 et 7 février 2012 [TAF pces 1 et 9]).

Par ailleurs, l'intéressée conteste la valeur probante de l'expertise rhumatologique effectuée. Invoquant notamment le fait que son état de santé n'est pas encore stabilisé, considérant que des opérations du genou droit (PTG) et de la cheville droite (triple arthrodèse) sont conseillées par ses médecins traitants (pces 26, 68, 88; TAF pces 9), celle-ci requiert qu'une expertise neurologique et orthopédique soit commandée par l'autorité inférieure.

A._____, se basant principalement sur des certificats de son médecin traitant (cf. les certificats des 27 octobre 2011 et 7 février 2012 du Dr K._____), argue de plus que ses limitations fonctionnelles se sont aggravées depuis l'expertise rhumatologique. En effet, elle invoque des difficultés de préhension en raison d'une arthrose des colonnes des pouces et une extrême difficulté à tenir la station debout et assise au-delà d'une dizaine de minute en raison de troubles du rachis plus étendus que ceux retenus par l'expert rhumatologique. En effet, le Dr K._____, dans son rapport médical du 7 février 2012 (TAF pce 9), se référant à des résultats radiographiques des 18 août et 13 septembre 2011 ne ressortant pas du dossier, que l'assurée souffre nouvellement de dorsarthrose évoluée avec pincements discaux étagés et antélisthésis en L4 par arthrose inter-apophysaire postérieure.

8.

8.1 En premier lieu, le Tribunal rappelle que selon la jurisprudence, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa, ATF V 220 consid. 1b et réf. cit.). De plus, le juge doit tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; ULRICH MEYER-BLASER, Bundesgesetz über Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zürich 1997, p. 230).

8.2 Or, en l'espèce, à l'instar des avis SMR au dossier, il apparaît au Tribunal que l'expertise rhumatologique du 28 juillet 2009 de la Dresse G._____ est complète, bien construite et convaincante. Prenant en compte les résultats radiologiques (p. 6) et les plaintes arthrosiques de l'assurée au niveau des mains, du rachis dorsal, des chevilles et des genoux (p. 3), la praticienne procède à un examen clinique tant neurologique qu'ostéoarticulaire (pp. 4 et 5) et, considérant les troubles du rachis, la fibromyalgie secondaire et l'obésité de l'assurée dans l'établissement des limitations fonctionnelles, délivre des conclusions suffisamment claires et cohérentes.

Concernant le fait que l'état de santé de l'assurée ne serait pas stabilisé du point de vue médical et ainsi ne permettrait pas à l'expert de se prononcer sur sa capacité de travail, le Tribunal souligne tout d'abord que, si les médecins traitants de l'assurée indiquent que des opérations du genou et de la cheville droite de la recourante sont médicalement indiquées depuis 2009, celles-ci n'ont pas encore été entreprises et que, de plus il ne ressort d'aucuns documents que ces opérations soient prévues dans un proche avenir. En effet, le Dr B._____ conseillait même de ne pas intervenir chirurgicalement au niveau de la cheville en raison de l'importance de l'opération (p. 26). De plus, cet état de fait a été discuté par l'expert rhumatologique (p. 7), lorsqu'il mentionne que même après les traitements chirurgicaux conseillés, il n'est pas vraisemblable que l'assurée retrouve une capacité de travail supérieure à 50%, mais qu'en l'état actuel celle-ci peut travailler à mi-temps dans des activités adaptées.

Dès lors, l'expertise rhumatologique faite en août 2009 remplit largement les conditions jurisprudentielles en la matière (cf. *supra* consid. 6.1), la Dresse G._____ ayant alors pris en compte tous les éléments importants ressortant du dossier. Ainsi, le Tribunal ne saurait nier une certaine valeur probante à cette expertise, ce d'autant qu'une capacité résiduelle de travail n'est pas non plus exclue par les médecins traitants de l'assurée (cf. notamment le rapport médical du 7 décembre 2009 du Dr B._____; pce 68). La recourante n'amène par ailleurs aucuns arguments expliquant pourquoi une expertise orthopédique serait plus adaptée et en quoi le volet neurologique de cette expertise serait insuffisant.

8.3 Cela étant, le Tribunal souligne que l'expertise susmentionnée, effectuée deux ans avant la décision entreprise, nécessite d'être complétée au vu des nouvelles pièces versées en cause par la recourante. En effet, celle-ci a produit dans le cadre de la présente procédure un rapport médical du 7 février 2012 du Dr K._____ (TAF pce 9), qui, se référant à des résultats radiographiques des 18 août et 13 septembre 2011, antérieurs à la décision entreprise et ne se trouvant pas au dossier, mentionne que l'assurée souffre nouvellement de dorsarthrose évoluée avec pincements discaux étagés et antélisthésis en L4 par arthrose inter-apophysaire postérieure. A cet égard, le médecin indique des limitations fonctionnelles plus étendues que celles retenues par la Dresse G._____ dans son expertise rhumatologique, à savoir des difficultés extrêmes à tenir une position debout et assise plus de 10 minutes. De plus, en raison du traitement antalgique majeur à base de morphiniques d'action immédiate et prolongée – que l'assurée a commencé à prendre postérieurement à l'expertise effectuée (pces 59 à 64) – le médecin traitant mentionne l'impossibilité pour l'assurée d'effectuer des activités nécessitant attention et précision. Or, il apparaît au Tribunal que ces points n'ont jamais été discutés dans le cadre des avis SMR au dossier ou soumis à l'expert pour prise de position. En effet, en décembre 2009, soit postérieurement à l'expertise effectuée, le Dr B._____ faisait déjà état de douleurs du rachis lombaire bas empêchant l'assurée de rester en position assise et debout prolongée (pce 68). Le Dr E._____, médecin SMR, avait alors écarté cet avis, du fait que le médecin ne suivait pas lui-même l'assurée pour ses problèmes de rachis, sans que soit complétée l'instruction à cet égard.

8.4 Ainsi, eu égard au fait que des documents postérieurs à la décision entreprise peuvent exceptionnellement être pris en considération lorsqu'ils servent à la constatation rétrospective de la situation antérieure

à la décision elle-même et sont suffisamment précis (ATF 130 V 138 consid. 2.1 et réf. cit.), il sied de tenir compte des certificats médicaux du Dr K._____ des 27 octobre 2011 et 7 février 2012, d'autant que celui-ci se réfère à des résultats radiologiques antérieurs à la décision querellée qui ne se trouvent pas au dossier. A cet égard, il apparaît au Tribunal que, malgré la valeur probante de l'expertise effectuée en 2009, l'instruction est lacunaire, aucun médecin SMR ne s'étant prononcé sur l'implication de ces nouvelles affections et limitations fonctionnelles sur la capacité résiduelle de travail de l'assurée.

8.5 Dès lors, force est au Tribunal d'annuler la décision entreprise et d'admettre partiellement le recours du 2 novembre 2011 interjeté par A._____ en renvoyant la cause à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens de l'art. 61 al. 1 PA. Bien que le renvoi de l'affaire doive rester exceptionnel, il est dans le cas concret justifié, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, en raison de l'importance des lacunes constatées et des informations nombreuses à recueillir (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). L'autorité inférieure devra notamment requérir les résultats radiologiques des 18 août et 13 septembre 2011 manquants, ainsi que tous autres documents utiles à l'établissement de l'état de santé de l'assurée et de ses limitations fonctionnelles. Avant de prendre une nouvelle décision, un complément d'expertise rhumatologique devra être requis, par exemple auprès de la Dresse G._____, afin de déterminer si ces nouvelles affections retenues par le Dr K._____ entraînent des limitations fonctionnelles supplémentaires et si elles influencent la capacité résiduelle de travail de l'intéressée dans des activités adaptées.

9.

Le recours de A._____ étant partiellement admis, il n'est pas perçu de frais de procédure (cf. art. 63 PA et art. 3 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). L'avance de frais versée par la recourante, d'un montant de Fr. 400.--, lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

La recourante ayant agi en étant représentée par un mandataire professionnel, il lui est allouée une indemnité globale de dépens fixée à Fr. 2'500.-- en raison de l'importance et de la difficulté de la cause ainsi que du travail qu'elle a nécessité et du temps que l'avocat y a consacré (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss FITAF; cf. également ATF 132 V 215 consid. 6.2).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision entreprise annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais versée par la recourante, d'un montant de Fr. 400.--, lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.

L'autorité inférieure versera à la recourante une indemnité de Fr. 2'500.-- à titre de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. __.__.__.__ ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

La présidente du collège : La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz Audrey Bieler

Indication des voies de droit:

Pour autant que les conditions des articles 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition: